



CalOptima Health

未成年人接送同意書

本人_____ (插入父母或監護人姓名) 同意由CalOptima Health的Non-Medical Transportation (NMT) 或 Non-Emergency Medical Transportation (NEMT) 服務提供者接送本人之未成年眷屬_____ (插入會員姓名)。本人了解，授予同意即表示本人允許接送服務提供者得在無家長或法定監護人陪同的情形下，接送本人之未成年眷屬前去核准的約診。

本人已詳讀並了解未成年人接送同意書。本人特此授權CalOptima Health的NMT或NEMT服務提供者接送本人上述未成年眷屬。

本人身為家長或法定監護人，對上述未成年人之任何個人行為仍然負有法律責任。

未成年人接送同意書之效期為自簽署日起一年內。

未成年眷屬姓氏：_____

未成年眷屬名字：_____

未成年眷屬CalOptima Health CIN：_____

未成年眷屬出生日期：_____

家長或法定監護人正楷姓名：_____

_____ 日期：_____

家長或法定監護人簽名

緊急聯絡人姓名：_____

緊急聯絡人電話號碼：_____

請以電子郵件將此同意書寄送至mcalenrollment@caloptima.org。